

Christiane Schwarz, Katja Stahl (Hrsg.)

Beate Ramsayer

Die physiologische Geburt

EVIDENZ & PRAXIS

1. Auflage 2013
Elwin Staude
Verlag GmbH,
Hannover



ELWIN
STAUDE
VERLAG

Inhaltsverzeichnis

Grußwort	5
Vorwort der Herausgeberinnen	7
Einleitung	9
Die Gebärende	12
Anatomie	12
Hormone	19
Schmerzlindernde Mechanismen	25
Das Kind während der Geburt	29
Anatomie	30
Kindlicher Kreislauf	32
Mechanismen zum Umgang mit Gebärstress	34
Die normale Geburt	40
Geburtsbeginn	41
Wehen und Wehenpause	43
Muttermundseröffnung	44
Der unwillkürliche Pressdrang	45
Die Nachgeburtsphase	46
Die physiologische Geburt im Spannungsfeld	49
Die evidenzbasierte Betreuung	53
1:1-Betreuung	53
Gebärhaltung und Bewegung	58
Wehenschmerzen	64
Geburtsdauer	68
Geburtseinleitung	77
Blasensprung	80
Körpereigenes Oxytocin	83
In Ruhe gebären lassen	85
Der Geburtsort	95
Gebären in der Klinik	95
Gebären im Hebammenkreißsaal	98
Gebären zu Hause, im Geburtshaus oder in einer Praxis	100
Gebären in anderen Ländern	102
Die Autonomie der Gebärenden	106

Daten, Studien und Hintergrundinformationen	110
Europäische Perinataldaten	110
Müttersterblichkeit	111
Perinatale Mortalität und Säuglingssterblichkeit	114
Sectio Caesarea	116
Plädoyer für normales Gebären	119
Literaturrecherche	122
Literaturverzeichnis	122
Die Autorin	139

Die physiologische Geburt im Spannungsfeld

In normalen Geburtsverläufen sind keine Interventionen notwendig. Bewusstes Abwarten bei einer normalen Geburt erfordert viel mehr geburtshilfliches Können als (überstürztes) Eingreifen und die natürlich ablaufenden Vorgänge werden so am besten unterstützt (5) (6). Gebären benötigt einen individuellen Zeitrahmen, weil physiologische Vorgänge, wie beispielsweise die Verkürzung der Zervix und das Eröffnen des Muttermundes, in individuellen Zeitmustern und Rhythmen stattfinden (25).

Die Geburt mit Zeit, Ruhe und Geduld zu begleiten wirkt sich auf den Geburtsprozess aus:

- bessere Konzentration auf die Geburt
- hineinfinden in einen aktiven Umgang mit den Wehen
- kraftvolles Durchhaltenkönnen
- emotionale Stärke der Gebärenden
- gute Wahrnehmung körpereigener Signale und Bedürfnisse
- Wahl der passenden Bewegungen und Gebärhaltungen
- spontanes Mitschieben
- erleben des unbeeinflussbar starken Pressdrangs in der Geburtsphase
- physiologische Geburt.

Hierbei steht die physiologische Geburt in einem Spannungsfeld, weil die Betreuung immer ein Balanceakt zwischen bewusstem Abwarten und bewusstem Eingreifen ist.

„Stille und Ruhe, Zeit und Geduld, Achtung der Natur und dem gebärenden Weibe, und der Kunst Achtung, wenn ihre Hilfe die Natur gebietet.“

An Aktualität haben die Worte des deutschen Geburtshelfers Adam Elias von Siebald (1775–1828) bis heute nichts verloren. Interventionen sind nicht problematisch, wenn sie aufgrund berechtigter mütterlicher oder kindlicher Indikationen durchgeführt werden – im Gegenteil. Es gibt Geburtsverläufe, die ein Eingreifen erfordern und bei denen ein Eingreifen wichtig ist. Interventionen sind dann notwendig, um Sicherheit für Mutter und Kind zu gewährleisten, wenn es Gründe gibt, die Gebären verhindern oder gegen eine spontane Geburt sprechen, wie beispielsweise krankhafte Verläufe von Schwangerschaft und Geburt (Präeklampsie, HELLP-

Empfehlungen für die Praxis

- Frauen sollten ermutigt werden, einen aktiven Umgang mit dem Wehenschmerz zu suchen (15), wobei kulturelle Einflussfaktoren, die geburtshilfliche Vorgeschichte, eine mögliche sexuelle Traumatisierung und der erlernte Umgang mit Schmerzen berücksichtigt werden sollten (132) (136).
- Die Angst vor dem Wehenschmerz sollte bereits während der Schwangerschaft thematisiert werden, um der Angst aktiv begegnen zu können (25) (134).
- Während der Geburt sollten der Gebärenden verschiedene Möglichkeiten nichtpharmakologischer Formen der Schmerzlinderung zur Verfügung stehen. Hierzu zählen beispielsweise eine kontinuierliche Betreuung während der Geburt, das Wannenbad, Berührungen oder Massagen, mütterliche Bewegung und aufrechte Gebärhaltungen (136).

Geburtsdauer

„Es ist eine geburtshilfliche Fähigkeit, der Geduld Raum zu geben.“

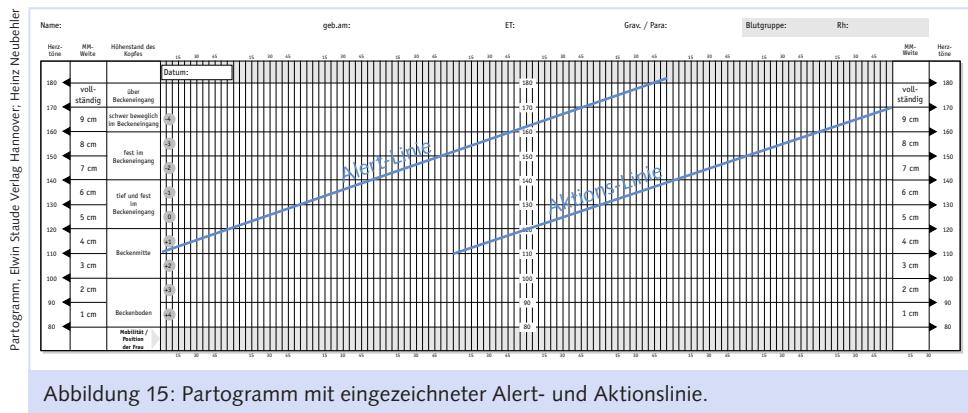
Erfahrung der Hebamme Christine Loytved (89)

Wird Frauen die Zeit gegeben, die zum Gebären benötigt wird, trägt dies zur Sicherheit eines normalen Geburtsverlaufs bei, weil Zeit, Geduld und Ruhe elementar wichtig sind, damit der Prozess des Gebärens störungsfrei ablaufen kann. Gebären kann nicht normiert werden, da es sich um einen individuellen Prozess handelt, der seinen „eigenen, individuellen Rhythmus“ hat und auch „Verzögerungen“ physiologisch sein können (142).

Gelassenheit im Hinblick auf die Dauer einer Geburt geht mit dem Verzicht auf die Normierung der Geburtsdauer einher. Es ist erstaunlich, wie sich grundlegende Dinge mitunter im Laufe der Zeit zu ändern scheinen – obwohl man annehmen könnte, dass sie sich eigentlich nicht grundlegend ändern können. Die Hebamme und Kulturwissenschaftlerin Christine Loytved (2004) verglich Aussagen aus geburtshilflichen Lehrbüchern in Bezug auf die Geburtsdauer und zeigte auf, wie stark sich die Definition der „normalen Geburtsdauer“ in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts verändert hat: So wurde im Jahr 1877 noch eine normale Geburtsdauer von 20 Stunden für erstgebärende Frauen angenommen, welche sich in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts fast halbiert hatte (89). Andere Erhebungen zeigen, dass Geburten heute gut zwei Stunden länger dauern als vor 50 Jahren (im Durchschnitt 2,6 Stunden), Frauen sind durchschnittlich älter (26,9 vs. 24,1 Jahre) und schwerer sowohl vor Eintreten der Schwangerschaft (BMI 26,3 vs. 24,1) als auch zum Zeitpunkt der Geburt (BMI 29,9 vs. 26,3). Das kindliche Geburtsgewicht ist durchschnittlich 99

Gramm höher. Ob und wie diese Unterschiede in Zusammenhang stehen, wird in der Arbeit nicht erläutert (143).

Viele klinische Leitlinien und Annahmen zur Geburtsdauer gehen auf den amerikanischen Geburtshelfer Emanuel Friedman zurück. Er untersuchte in den 1950er Jahren, wie lange die durchschnittliche Eröffnung des Muttermundes während einer Geburt dauert (79). Seine Ergebnisse stellte er anhand einer s-förmigen Kurve entlang einer Zeitachse dar und definierte verschiedene Phasen einer Geburt. Er beobachtete, dass sich der Muttermund bei einem normalen Geburtsverlauf und guten Wehen ungefähr 1 cm pro Stunde öffnet und eine langsamere Eröffnung häufig mit geburtshilflichen Problemen wie einem Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken, einer kindlichen Fehleinstellung oder einer mütterlichen Wehenschwäche in Zusammenhang steht. Daraus entwickelte er die Empfehlung, dass die Geburtsdauer nicht zu lang sein sollte, um mütterliche und kindliche Probleme während des Gebärens zu vermeiden. Aus Friedmanns Gedanken und Ergebnissen (1954) entwickelten die Geburtshelfer Philpott und Castle (80) im Jahr 1972 ein Partogramm. Mithilfe des Partogramms verhalfen sie einer Dokumentationsform auf den Weg, mit der Geburtsverläufe schnell, kostengünstig und übersichtlich dargestellt werden konnten.



Perinatale Mortalität und Säuglingssterblichkeit

Die Perinatale Mortalität und die Säuglingssterblichkeit gelten als Maßstab für den allgemeinen Lebensstandard und die Qualität medizinischer Versorgung. Im Folgenden werden die Daten zur perinatalen Mortalität und Säuglingssterblichkeit der WHO aus der Europäischen Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB) dargestellt, weil sie das Resultat einer Berechnung verschiedener Daten aus unterschiedlichen zugrundeliegenden Datenquellen sind. Sie können von anderen Datenquellen (bspw. AQUA) abweichen.

Europäische Datenbank „Gesundheit für alle“ (GFA-DB)

Die WHO stellt eine kostenlose Datenbank zur Verfügung, in der soziodemografische und gesundheitsrelevante Daten aus 53 Ländern der europäischen Region der WHO nach individuellen Eingaben abgefragt werden können. Die Daten stammen aus verschiedenen Datenquellen und werden von länderspezifischen Gesundheitsexperten erarbeitet. Die Datenbank wird zweimal jährlich aktualisiert.

Link: <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>

Definitionen

Perinatale Sterbefälle: Sterblichkeit während der Perinatalperiode, Totgeburten und Todesfälle bis zum 7. Lebenstag.

Frühe neonatale Sterbefälle: Sterblichkeit während der ersten Lebenswoche, Todesfälle zwischen der Geburt bis zum 7. Lebenstag.

Säuglingssterbefälle: Summe aller Säuglinge, die zwischen der Geburt bis zum Ende des ersten Lebensjahres versterben.

Quelle: (218) (222)

Perinatale Mortalität

Die perinatale Mortalität ist in Deutschland in den vergangenen zwei Jahrzehnten gesunken (222). Sie ist nur bedingt aussagekräftig im Hinblick auf die physiologische Geburt, da auch Totgeburten während der Schwangerschaft in die Daten mit eingerechnet werden.

Jahr	Perinatale Mortalität
1990	6,26
2000	6,07
2010	5,35

Tabelle 1: Abnahme der perinatalen Mortalität in Deutschland zwischen 1990–2010. Angabe pro 1.000 Lebend- und Totgeborene über 1.000 Gramm (222)

Frühe neonatale Sterbefälle

Die frühen neonatalen Sterbefälle haben im Verlauf der vergangenen 20 Jahre abgenommen (222). Sie lassen Rückschlüsse auf die vorausgegangene Geburt zu, da in diesen Daten keine Todesfälle eingerechnet sind, die bereits während der Schwangerschaft aufgetreten sind. Es werden jedoch auch Todesfälle eingerechnet, die nicht in Zusammenhang zur vorausgehenden Schwangerschaft oder Geburt stehen. Wünschenswert für konkrete Aussagen zur vorausgegangen Geburt wären Daten zu frühen neonatalen Sterbefällen, die in direktem Zusammenhang zur Geburt stehen.

Jahr	Frühe neonatale Sterbefälle
1990	2,75
2000	2,08
2010	1,73

Tabelle 2: Frühe neonatale Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene zwischen 1990–2010 (222)

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist in den vergangenen Jahrzehnten stark zurückgegangen (222). Für Aussagen im Hinblick auf die physiologische Geburt ist die Säuglingssterblichkeit nicht aussagekräftig, da eine Vielzahl an Gründen für das Versterben eines Neugeborenen im ersten Lebensjahr möglich sind und die Daten keine Differenzierung zulassen, welche Todesfälle sich auf die Geburt zurückführen lassen.

Jahr	Säuglingssterbefälle
1990	7,05
2000	4,38
2010	3,43

Tabelle 3: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland. Darstellung der Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeburten (222)